

Umstellung als Herausforderung für Bayerns Mammographie-Screening

Markige Worte waren es, die Ende 2005 aus Nordrhein-Westfalen zu hören waren. Als erstes Bundesland könne dort nun den Frauen ein Mammographie-Screening angeboten werden, so der dortige Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. In Bayern sorgte diese Aussage vielerorts für große Verwunderung. Hatten hier zum Zeitpunkt der Ankündigung des Programmstarts in Nordrhein-Westfalen doch schon weit über 200 000 Frauen an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) initiierten Programm zur Brustkrebsfrüherkennung teilgenommen. Die Auflösung des scheinbaren Widerspruchs: Bayern hatte als Vorreiter gemeinsam mit Experten ein Mammographie-Screening auf hohem qualitativen Niveau eingeführt. Nun holen die anderen Regionen Deutschlands auf der Basis von bundeseinheitlichen Vorgaben wieder auf. Es handelt sich dabei um Vorgaben, die auch Auswirkungen auf das bayerische Programm haben.

Seit seinem Start im April 2003 hat das Bayerische Mammographie-Screening (BMS) eine echte Erfolgsgeschichte geschrieben. Nach wie vor wird bundesweit nur in Bayern ein flächendeckendes Mammographie-Screening angeboten. Als letzte Region startete im November 2005 in Mittelfranken-Land eine mobile Einheit, das so genannte „Mammobil“. Damit steht nun allen gesetzlich krankenversicherten Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren – in Bayern rund 1,4 Millionen Frauen – eine dezentrale, wohnortnahe Versorgungsstruktur unter Wahrung der freien Arzt- und Terminwahl (lediglich beim „Mammobil“ sind aus organisatorischen Gründen Termin und Ort fest vorgegeben) zur Verfügung. Über 270 000 Klientinnen haben mittlerweile das Angebot dieser für sie kostenlosen Früherkennungsuntersuchung genutzt. Bis Ende 2005 konnten 1308 Karzinome entdeckt und dokumentiert werden. Die mittlerweile vom Münchner Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie veröffentlichten Ergebnisse der ersten 200 000 untersuchten Frauen ergaben eine hohe Prozess- und Ergebnisqualität des BMS. Die europaweit gültigen Anforderungen („EU-Guidelines“) wurden erfüllt und zum Teil sogar deutlich übertroffen.



Übersicht Screening-Einheiten – Bayern: Die farbigen Flächen stehen für die neue Aufteilung der Screening-Einheiten in Bayern.

Anpassung notwendig

Allerdings zeichnete sich bereits im Sommer 2005 ab, dass trotz der hervorragenden qualitativen Ergebnisse des BMS eine endgültige und vollständige Anpassung an die zwischenzeitlich in Kraft getretenen bundeseinheitlichen Vorgaben (Anlage 9.2 BMV/Ä/EKV, KFÜ Richtlinien) unumgänglich sein würde. Auch die Unterstützung der zuständigen bayerischen Ministerien und der Landesverbände der Krankenkassen hätten eine weitere Fortführung des bayerischen Modells nicht endgültig sichern können.

Die Verantwortlichen für das bayerische Programm entschieden: Wir stellen uns der Herausforderung und strukturieren um. Der erste Schritt: eine neue regionale Aufteilung der Screening-Einheiten, bundesrichtlinienkonform mit je einem Einzugsbereich von 800 000 bis zu einer Million Einwohnern. Die Versorgungsaufträge für die einzelnen Screening-Einheiten wurden Anfang November von der KVB öffentlich im *Bayerischen Staatsanzeiger* ausgeschrieben. Es folgten zahlreiche Informationsveranstaltungen der KVB, bei denen die Notwendigkeit der Um-

stellung thematisiert wurde. Daraufhin bewarben sich innerhalb der Ausschreibungsfrist entsprechend qualifizierte Ärzte als so genannte „Programmverantwortliche Ärzte“ (PVA) für die ausgeschriebenen Regionen.

Neue Anforderungen

Für die Bewerbung war neben dem Erfüllen der persönlichen Voraussetzungen ein ausführliches Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages einzureichen. Denn im Unterschied zum BMS werden die definierten Screening-Einheiten eigenverantwortlich vom PVA betrieben. Von ihm wird erwartet, dass er sämtliche Funktionen der Screening-Kette abdeckt. Bei der Prüfung durch die Experten der KVB erwiesen sich die eingereichten Konzepte als durchdacht und plausibel. Die Merkmale eines klientinnenfreundlichen Systems, Flächendeckung und dezentrale Strukturen, können damit auch unter den Bedingungen eines Screenings nach Bundesmodell in Bayern aufrechterhalten werden. Ende Februar erhielten zwölf Screening-Einheiten ihre Genehmigungsbescheide. Jeder PVA hat nun maximal neun Monate Zeit, die Screening-Einheit gemäß Bundesvorgaben aufzu-

bauen und die geforderten Voraussetzungen zu erfüllen. In der Übergangszeit läuft das Programm gemäß der bisher gültigen bayerischen Vorgaben weiter. Zur endgültigen Übernahme des neuen Versorgungsauftrages kommt es nach erfolgreicher Zertifizierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie mit Sitz in Köln.

Betreut werden die Screening-Einheiten in Bayern zukünftig vom Referenzzentrum München unter der Leitung der Professorin

Dr. Sylvia Heywang-Köbrunner. Zu den Aufgaben des Referenzzentrums gehören die Durchführung von Fortbildungskursen und die laufende Weiterbildung von Ärzten und radiologischen Fachkräften, die Überwachung der Qualitätssicherung hinsichtlich der medizinischen und technischen Qualität und die Evaluation des Programms. Der Umstellungsprozess wird bis zum Jahresende 2006 vollzogen sein. Ob dann bereits Screening-Einheiten mit digitaler Technik starten oder ähnlich wie in Mittelfranken-Land auch in

anderen Regionen Bayerns mobile Einheiten zum Einsatz kommen werden, bleibt abzuwarten. Sicher ist nur, dass trotz der Anpassung an die Bundesvorgaben keine Versorgungslücken entstehen, und alle anspruchsberechtigten Frauen auch in der Umstellungsphase einen qualifizierten Arzt für eine Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung aufsuchen können.

Petra Dietmayer (KVB)

Ärztliche Betreuung in Pflegeheimen: „Keine Insellösungen“

Wenn man den Bestseller „Das Methusalem-Komplott“ von FAZ-Herausgeber Frank Schirrmacher gelesen hat, kann einem Angst und Bange werden. Nach seiner Einschätzung muss man sich in Deutschland eigentlich primär über ein Thema Gedanken machen: Wie sollen die zahlenmäßig immer schwächer werdenden, nachkommenden Generationen den Pflegekollaps bei einer immer älter werdenden Bevölkerung vermeiden? Patentrezepte gibt es dafür nicht, auf alle Fälle ist auch die ärztliche Betreuung in Pflegeheimen ein Thema, das in den nächsten Jahren eminent an Bedeutung gewinnen wird.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) stellt sich dieser Herausforderung – auch wenn klar ist, dass in den meisten Pflegeheimen in Bayern die ärztliche Versorgung reibungslos und gut funktioniert. Aber immer wieder gibt es dennoch Schlagzeilen in den Medien zu lesen, wonach die Zustände in einigen Pflegeheimen – auch was die ärztliche Betreuung betrifft – alles andere als optimal seien. Um hier eine seriöse Analyse der wirklichen Schwierigkeiten und Möglichkeiten erstellen zu können, hat die KVB deshalb im Herbst vergangenen Jahres eine Umfrage unter den vollstationären (Alten-)Pflegeeinrichtungen in Bayern durchgeführt. Hier ging es keineswegs darum, wie einige Kritiker behaupteten, die in Heimen tätigen Ärzte bloßzustellen, sondern darum, aus Sicht der Leiter der jeweiligen Einrichtungen eine Einschätzung der Lage zu erhalten.

Die Rückmeldungen zu der Umfrage zeichneten ein klares Bild: In den meisten der befragten Einrichtungen läuft der Kontakt und

die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegedienst gut bis sehr gut. Gerade die gute Erreichbarkeit der Hausärzte wurde immer wieder lobend erwähnt. Insgesamt sendeten von rund 1200 angeschriebenen Einrichtungen knapp 500 einen ausgefüllten Fragebogen an die KVB zurück. Hier die wichtigsten Ergebnisse im Einzelnen:

- Rund 50 Prozent der Heimbewohner erhalten wöchentlich mindestens eine Visite, weitere 30 Prozent werden zumindest alle 14 Tage aufgesucht.
- Rund 80 Prozent der Ärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind, betreuen weniger als zehn Patienten pro Heim.

- In rund 30 Prozent der Heime sind zwischen zehn und 20 betreuende Hausärzte tätig, in weiteren 20 Prozent der Heime sogar mehr als 20 Hausärzte.
- In drei Viertel aller Fälle, in denen ein dringender Heimbefuch angefordert wurde, ist dieser wie gewünscht vom behandelnden Hausarzt unmittelbar durchgeführt worden.
- Rund 70 Prozent aller fachärztlichen Leistungen, die von den Heimleitungen als erforderlich angesehen werden, sind abgedeckt.

Auch wenn die Ergebnisse durchaus positiv sind, zeigen sie in Einzelfällen auch weiteren Verbesserungsbedarf auf: So wird vom Pflege-

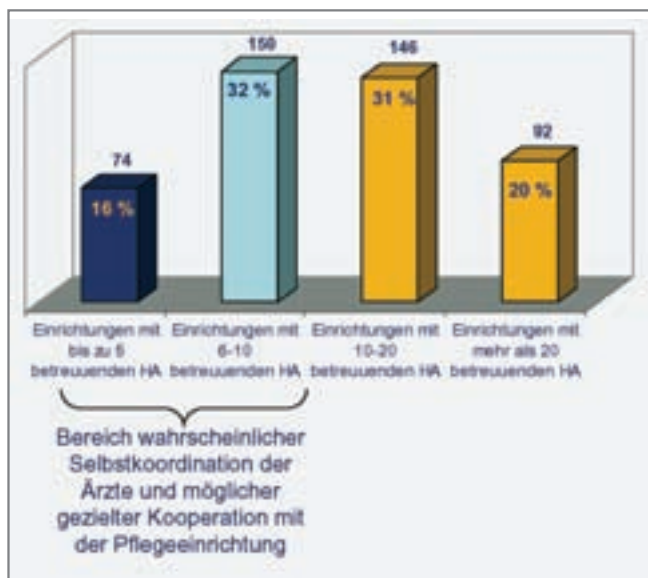
Erste Praxisverbände in München gestartet

Das Konzept der Praxisverbände sieht vor, dass sich Ärzte zusammenschließen, die für ihre Pflegeheimpatienten einen regelmäßigen Besuchsdienst und eine geregelte Rufbereitschaft anbieten. Einer der neuen Praxisverbände hat beispielsweise neben einem geregelten Besuchsdienst eine umfassende Rufbereitschaft vereinbart. Dabei koordinieren zehn Ärzte sieben Tage die Woche bei akuten Erkrankungen ihrer Patienten, die in vier verschiedenen Pflegeeinrichtungen im Münchner Stadtteil Neuhausen leben, die Betreuung. Dr. Alfred Neumeier, Münchner Hausarzt und Mitinitiator: „Dank des Praxisverbands können wir unsere Heimpatienten nun gemeinschaftlich behandeln und ihnen damit ein noch besseres Versorgungsniveau anbieten.“ Auch Ursula Steindl, Leiterin des „Heims für blinde Frauen“ in München-Neuhausen, zeigte sich über die Initiative der KVB sehr erfreut: „Es ist für uns eine wesentliche Erleichterung, dass wir uns im Akutfall darauf verlassen können, dass mindestens ein Arzt des Praxisverbands immer erreichbar und abkömmlich ist.“

dienst gerade bei akuten Fällen noch zu häufig auf den Rettungs- bzw Notarztdienst zurückgegriffen. Ein Fünftel aller Heimbewohner erhält nur einmal im Monat oder noch seltener eine Visite. Insbesondere im Bereich der Gerontopsychiatrie, aber auch in anderen fachärztlichen Schwerpunkten, gibt es noch vereinzelt Versorgungsdefizite.

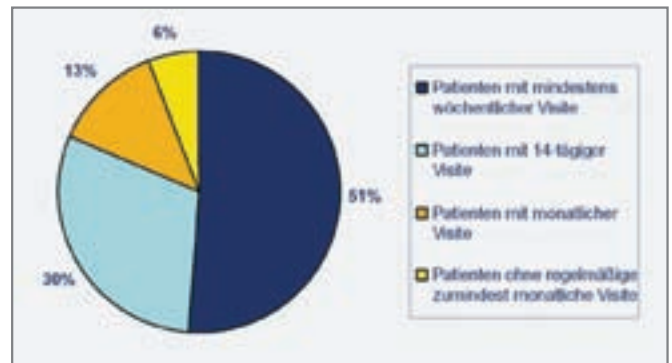
Das Fazit, das man bei der KVB aus den Ergebnissen zog, lautete: Eine generelle und flächendeckende Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen ist nicht notwendig, wohl aber eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen in einigen Brennpunkt-heimen. Hierfür wurde ein zweistufiges Konzept entwickelt, das in einem ersten Schritt die Bildung von Praxisverbänden (siehe Kasten) und in einem zweiten Schritt eine Verbesserung der Versorgungsabläufe vorsieht. Dazu KVB-Vorstandsvorsitzender Dr. Axel Munte: „Ich bin überzeugt, dass wir mit diesem Konzept eine echte Verbesserung für Ärzte und Heime anbieten können. Sobald sich auch die Krankenkassen daran beteiligen, können wir gemeinsam medizinisch wie wirtschaftlich gleichermaßen unsinnige Fehlentwicklungen in den Versorgungsabläufen korrigieren und sektorenübergreifend erhebliche Einsparungen erreichen – also eine Win-win-Situation für Patienten, Ärzte und Krankenkassen.“

*Philipp Hausbeck,
Martin Eulitz (beide KVB)*



Anzahl der betreuenden Hausärzte in den Pflegeheimen.

Die Frequenz regelmäßiger Hausarzt-Visiten.



Anzeige



Gruber Baumanagement – Energetische Sanierung

**Schlüsselfertiger
Ausbau und Umbau**

gruber



Telefon 0 99 76 / 94 01 32
www.gruber-baumanagement.de